

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 122

INDICATIONS, TECHNIQUE, RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
DE L'OPÉRATION
DE
FREUND-WERTHEIM-SCHAUTA
DANS LA CURE DE CERTAINS PROLAPSUS GÉNITAUX

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le 10 mars 1920

PAR

Marcel LOISON

Ex-Interne de l'Hôpital St-Joseph de Lyon
(Gynécologie et Chirurgie générale)

Né le 11 avril 1888, à Vincelles (Jura)



LYON

IMPRIMERIES RÉUNIES

33-35, RUE RACHAIS, 33-35

1920

INDICATIONS, TECHNIQUE, RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
DE L'OPÉRATION
DE
FREUND-WERTHEIM-SCHAUTA
DANS LA CURE DE CERTAINS PROLAPSUS GÉNITAUX



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 122

INDICATIONS, TECHNIQUE, RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
DE L'OPÉRATION
DE
FREUND-WERTHEIM-SCHAUTA
DANS LA CURE DE CERTAINS PROLAPSUS GÉNITAUX

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le 10 mars 1920



PAR

Marcel LOISON

Ex-Interne de l'Hôpital St-Joseph de Lyon
(Gynécologie et Chirurgie générale)

Né le 11 avril 1888, à Vincelles (Jura)



LYON

IMPRIMERIES RÉUNIES

33-35, RUE RACHAIS, 33-35

—
1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
LÉPINE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, TESTUT,
PIERRET, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, MORAT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER.
		ROQUE.
Cliniques chirurgicales.	}	BARD.
		TIXIER.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BERARD.
Clinique ophtalmologique		FABRE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		ROLLET.
Clinique des maladies nerveuses et mentales.		NICOLAS.
Clinique des maladies des enfants		LEPINE (J.).
Clinique des maladies des femmes		WEILL.
Physique biologique, radiologie et physiothérapie		POLLOSSON (A.).
Chimie biologique.		CLUZET.
Chimie organique et Toxicologie.		HUGOUNENQ
Matière médicale et Botanique.		MOREL.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		MOREAU.
Anatomie		GUIART.
Anatomie générale et Histologie		X...
Physiologie		POLICARD.
Pathologie interne		DOYON.
Pathologie et Thérapeutique générales		COLLET.
Anatomie pathologique		MOURIQUAND.
Médecine opératoire		PAVIOT.
Médecine expérimentale et comparée.		POLLOSSON (M.).
Médecine légale		ARLOING.
Hygiène.		ETIENNE MARTIN.
Thérapeutique.		COURMONT (P.).
Pharmacologie.		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx	MM. LANNOIS.
Pathologie externe.	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL,	agré
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie.	LATARJET,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—
Botanique.	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale.	VILLARD,	—
Clinique infantile	X...	—
Déontologie et médecine professionnelle	X...	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	LATARJET.	GUILLEMARD.	PIERY.
COMMANDEUR.	BRETIN.	POLICARD.	COTTE.
NEVEU-LEMAIRE.	LERICHE.	GARIN.	DUROUX.
LAROYENNE.	THEVENOT (Léon).	SAVY.	BONNAMOUR.
VORON.	TAVERNIER.	FROMENT.	chargé des fonctions.
NOGIER.	CADE.	THIÉVENOT (Luc.).	SARVONAT
			chargé des fonctions.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. POLLOSSON (A.), Président; M. COMMANDEUR, Assesseur;
MM. VORON et DUROUX, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE, LE DOCTEUR LOISON

Toute ma reconnaissance pour les
sages leçons de praticien prudent
et éclairé qu'il n'a cessé de me
donner.

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Lyon :

AU PROFESSEUR JABOULAY (*in memoriam*),
A MONSIEUR LE PROFESSEUR WEILL,
A MONSIEUR LE PROFESSEUR POLLOSSON.

A mon Maître

MONSIEUR LE DOCTEUR GOULLIoud

Chirurgien en chef de l'Hôpital St-Joseph de Lyon

Une collaboration quotidienne de
28 mois à l'Hôpital St-Joseph nous
a permis d'apprécier ses qualités
éminentes, tant au lit du malade
qu'à la salle d'opérations.

Reconnaissance infinie.

*A mes Chefs de service dans les Hôpitaux militaires
1914-1918 :*

MONSIEUR LE DOCTEUR DUVERGEY

Professeur de clinique chirurgicale à Bordeaux

MM. LES DOCTEURS :

OLIVIER, TISSERAND, PERRIN, SIGAUD, ZISLIN.

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR

A. POLLOSSON

Professeur de clinique gynécologique

A nos Juges :

MONSIEUR LE DOCTEUR COMMANDEUR

MONSIEUR LE DOCTEUR VORON

MONSIEUR LE DOCTEUR DUROUX

Agrégés à la Faculté de Médecine de Lyon

A MONSIEUR LE DOCTEUR MAZET

Moniteur de clinique gynécologique à la Charité

Nous le remercions de nous avoir
inspiré le sujet de ce travail, et
de nous avoir fourni des rensei-
gnements précieux à son élaboration.

A MONSIEUR LE DOCTEUR VIOLET

Ancien chef de clinique gynécologique à la Charité

Tous nos remerciements pour les
utiles observations qu'il a bien
voulu nous communiquer,

Rapide coup d'œil sur la chirurgie des prolapsus génitaux
jusqu'en 1896

ORIGINES DE L'OPÉRATION DE FREUND-WERTHEIM-SCHAUTA

La question des prolapsus génitaux n'est pas un problème facile à résoudre au point de vue thérapeutique. S'il est peu d'infirmités aussi ennuyeuses que le prolapsus, il en est peu aussi contre lesquelles la chirurgie ait essayé des armes plus nombreuses et plus variées.

Le prolapsus génital, en effet, fourmille en manifestations cliniques et anatomiques. Il récidive ou peut récidiver.

Nous ne mentionnerons pas toute la gamme des opérations qui sont nées pour combattre la ptose génitale.

Jusqu'en 1896, la cure radicale du prolapsus avait consisté à rétrécir le vagin au moyen d'agents physiques ou chimiques (LAUGIER, GIRARDIN, MEDING 1830), par l'hyménorrhaphie (MENDE 1834), l'exérèse de lambeaux vaginaux disséqués (MARSHALL HALL). En 1864, EDWARDS ampute un utérus gangréné et prolabé. Puis des interventions plus scientifiques se font jour : ce sont SIMS et EMMET, en 1865, qui pratiquent la colpopérinéorraphie antérieure. Puis on s'adresse à l'hystérectomie vaginale (PATTERSON, CORRADI, KEHRER, 1876-1877). En 1896, à Lyon, GOULLIoud fait l'ablation d'un utérus prolabé chez une femme déjà opérée d'un cancer de la cloison recto-vaginale.

C'est en 1896, qu'en Allemagne, FREUND, visant la fermeture d'une fistule vésico-vaginale, pensa que l'utérus pouvait remplir le rôle de tampon-obturateur. A cet effet, au travers d'un orifice créé par colpotomie *postérieure*, il accrocha le corps utérin rétroversé, qui devenu intra-vaginal, fut fixé à la paroi antérieure du conduit au niveau d'une portion de la muqueuse avivée. Le col se trouvant ainsi imperméable aux sécrétions utérines, par suite de la coudure forcée du corps sur le col, une fenêtre pratiquée sur le fond de l'organe rétablit la voie d'écoulement.

Les inconvénients de la technique se firent bientôt sentir. L'utérus ainsi fixé dans le vagin devient alors un obstacle au coït, et danger plus sérieux, le corps recouvert de son péritoine s'enflamme, des granulations poussent à sa surface, et la suppuration s'installe : toutes causes très suffisantes pour déterminer de la douleur locale, capable de s'irradier, ou des complications septiques très graves. Le remède était pire que le mal.

Un gros progrès est réalisé par FRITSCH, en 1900, qui reprend l'idée de FREUND, et l'applique aux prolapsus génitaux. Au moyen de deux incisions en T, l'une portant sur la paroi postérieure du vagin, l'autre sur la paroi antérieure, il pratique une dissection assez large de la muqueuse : les deux lambeaux obtenus vont lui permettre d'écarter un inconvénient ultérieur de l'opération de FREUND : ils recouvriront la surface péritonisée de l'utérus. Mais encore là le conduit vaginal est réduit à une cavité sans profondeur, d'où coït impossible.

C'est alors que WERTHEIM oriente la chirurgie des prolapsus génitaux dans une direction nouvelle. Le temps principal de son intervention a pour but, d'une part, de soustraire l'utérus à l'action immédiate de la pression abdominale, et d'autre part, de renforcer le paroi vaginale antérieure contre les tendances à la cystocèle, en interposant l'utérus entre les bords cruentés de la muqueuse vaginale. En même temps, on obtient une tension du canal vaginal, on conserve sa perméabilité au coït. Pour obtenir ce résultat, après une colpotomie antérieure médiane ovulaire, il ouvre le péritoine vésico-utérin. Puis, attirant par cette brèche le corps de l'organe, il le bascule, et vient l'accoler, le fond en bas, à la paroi antérieure du vagin. Enfin, suture du fond utérin aux lèvres de la muqueuse vaginale.

Dans ce cas, l'utérus était encore à nu dans le vagin.

Un deuxième pas était fait vers l'opération définitive : la bascule de l'utérus en avant et sa fixation partielle intravaginale. Des inconvénients persistaient malgré tout.

SCHAUTA tente alors de les éviter ou de les atténuer largement en fixant l'utérus renversé entre la paroi antérieure du vagin disséquée et la vessie, c'est-à-dire dans l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale, après avoir obtenu la stérilisation tubaire. Voilà, en résumé, le résultat de l'intervention que nous décrirons plus loin en détail, et qui chaque jour semble faire en Allemagne et en Amérique de nouveaux adeptes : opération de WERTHEIM-SCHAUTA, ou « interposition vésico-vaginale de l'utérus », ou inclusion inter-vésico-vaginale de l'utérus.

Nous avons divisé notre sujet en quatre parties :

1° Indications et contre-indications de l'opération de WERTHEIM-SCHAUTA.

2° Technique opératoire avec soins préliminaires et soins post-opératoires.

3° Résultats éloignés de l'intervention.

4° Les récidives des prolapsus, leurs causes et les complications dues au cancer.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

Doit-on utiliser le Wertheim-Schauta dans la cure de tous les prolapsus génitaux ?

Ce sujet demande à être étudié d'une façon très précise.

En Allemagne et en Autriche, les statistiques semblent faire grand honneur à ce procédé, aussi mentionnent-elles un nombre considérable d'interventions de ce genre. A la lecture des travaux publiés, cette méthode paraît s'adresser à la plupart des prolapsus complets ou partiels ; ainsi la littérature d'Outre-Rhin, depuis 1910, nous donne-t-elle une impression désavantageuse de cette opération.

A la clinique Gynécologique de la Charité, M. le Professeur Pollosson et ses assistants se sont tenus dans des limites bien plus restreintes, puisque de 1905 à 1919, abstraction faite de quatre ans et demi de guerre, nous relevons une trentaine d'observations seulement.

C'est que les cas justiciables de cette intervention sont discutés avec sévérité, partant plus scientifiquement d'après la forme des prolapsus. Nous verrons que les résultats s'en font sentir.

Le Wertheim-Schauta demande donc à être basé sur des faits cliniques précis, en rapport avec l'âge de la malade, la forme du prolapsus et de ses associations,

le volume de l'utérus et la nature de ses attaches, l'état du périnée, les conséquences possibles au point de vue de la pathologie ultérieure de l'utérus.

A. AGE.

La chirurgie allemande paraît ne pas s'attarder à cette considération que nous jugeons capitale : elle s'adresse à tous les âges.

Nous ne saurions accepter, en effet, la façon de faire de certains gynécologues, et en particulier de Scharpenach qui n'hésite pas à user de semblable pratique chez des femmes de moins de 30 ans.

Il faut avant tout être conservateur.

Or, luxer l'utérus à la Freund, à la Wertheim, position qu'il conservera définitivement, n'est pas un mode opératoire qui permettra des grossesses futures, ou si elle permet cet événement, il expose la malade à de graves complications. Témoin le cas rapporté par Freund en juin 1910, à la Société de Gynécologie de Berlin : l'accouchement ne put se terminer spontanément, et l'on fut obligé de pratiquer une cranioclasie sur enfant mort.

D'autre part, nous ne saurions fixer d'une manière très exacte, l'âge où l'opération peut être admise sans conteste. L'analyse du sujet pourra diriger sur le choix de l'intervention.

Nous n'hésiterons pas à déconseiller systématiquement le Wertheim-Schauta chez de jeunes femmes. Dans de tels cas, il vaudra mieux user de moyens de soulagement. Le pessaire sera le premier en date, moyen d'attente, il est vrai, mais très indiqué en vue des grossesses possibles. La colporrhaphie antérieure et la colpopérinéorrhaphie

associées ou non à l'hystéropexie abdominale sont des procédés à employer chez les femmes jeunes, susceptibles de concevoir.

Pour nous, la période favorable, celle qui souffrira le moins d'objections, sera celle où la femme aura atteint la ménopausè ou son très proche voisinage. Entre 35 et 40 ans, les indications du Wertheim-Schauta sont plus faciles à soutenir que les contre-indications. Encore faudra-t-il juger de chaque cas en particulier, tenir compte des grossesses et des accouchements antérieurs, de la condition sociale, de l'infirmité, et du nombre d'enfants vivants. C'est ainsi que M. Miguet (1) relate le cas d'une femme de 34 ans dont l'état génital pouvait rendre tout à fait justiciable la cure radicale : en raison de son nombre peu élevé d'enfants vivants (un sur cinq) on décida une opération plus conservatrice.

Au contraire, s'il s'agit d'une femme de 40 ans, dont la menstruation est devenue irrégulière, pour laquelle le nombre d'enfants à élever est déjà une charge sérieuse, nous n'aurons pas de remords à la stériliser et à pratiquer une inclusion inter-vésico-vaginale de son utérus. Dans ce cas, en effet, il serait ingrat de prolonger l'infirmité de la malade, en voulant compter sur de nouvelles et incertaines fécondations.

Avant d'aborder l'opération, il sera prudent d'expliquer à la malade la nature de l'acte que l'on va pratiquer, avec toutes ses conséquences. On pourra au besoin discuter avec elle le choix de l'intervention, c'est-à-dire lui proposer une opération conservatrice ou stérilisante.

(1) Thèse Lyon, 1907.

B. — FORMES DU PROLAPSUS ET DE SES ASSOCIATIONS

Ce paragraphe, on le conçoit, offre un champ d'études relativement étendu.

On comprendra aisément qu'en face d'un utérus habité par une lésion cancéreuse, ou par un fibrome de volume inquiétant, la question de l'opération conservatrice ne se pose pas : c'est l'hystérectomie totale ou subtotale, par la voie haute ou basse, qui réclame tous ses droits.

Mais s'agit-il d'un petit fibrome énucléable, d'un kyste de l'ovaire, le Wertheim-Schauta peut être indiqué après myomectomie, ou ablation du kyste par voie vaginale.

Si nous considérons la forme clinique du prolapsus, nous pouvons dire que le Wertheim-Schauta trouve son indication typique dans la cure des cystocèles pures, par insuffisance du plancher périnéal antérieur. Il est indiqué également dans la cure des prolapsus plus complets : la cystocèle s'accompagne ici d'un certain degré d'abaissement de l'utérus, cet organe, suivant le déroulement de la paroi antérieure du vagin pendant l'effort, est entraîné en quelque sorte par cette chute de la paroi adominale antérieure ; la cystocèle paraît ainsi être la lésion prédominante et cliniquement la première en date.

En effet, l'utérus basculé, viendra former comme un plancher de grande résistance à la vessie prolabée et soutenir la paroi vaginale antérieure.

Parmi les cystocèles, faudra-t-il encore distinguer. Elles peuvent porter uniquement sur la région uréthro-

vaginale avec urétrocèle et lésion du sphincter urétral. A l'interrogatoire de telles malades, nous relevons fréquemment des émissions involontaires d'urine, se produisant à l'occasion d'efforts, de fatigue par station debout prolongée. La nuit, cette incontinence n'existe pas. Nous ne pratiquerons pas le Wertheim-Schauta, dans une telle forme, la colporraphie antérieure et inférieure étant la seule intervention raisonnable.

Mais à côté de ce type, nous relevons des formes associées. S'agit-il de cystocèles avec utérus fixe, c'est-à-dire élevé, en bonne position, que la pince tire-col n'abaisse pas facilement, avec un périnée normal : voilà le cas d'utiliser le pessaire de la médecine courante ; la correction sera suffisante et soulagera considérablement la malade. Si le mot d'intervention était prononcé, nous obtiendrions un bon résultat par restauration des aponévroses sous-vésicales.

Cependant, même dans ce type médical, si l'on veut nous permettre cette expression, il faut avoir présent à l'esprit que ces cystocèles s'accompagnent le plus souvent de bascule utérine en arrière. Le Wertheim-Schauta, par bascule de l'organe en avant, avec son pouvoir de traction sur les parois vaginales, sera un remède à envisager. La procidence appelle la procidence, en obstétrique ; le prolapsus appelle le prolapsus en statique génitale : c'est pourquoi il est à penser que notre intervention remédiera aux faiblesses vésico-utérines futures. La colporraphie antérieure avec Alquié-Alexander, pourra être mise en parallèle avec l'intervention préconisée,

Les prolapsus génitaux vrais nous offrent à considérer des images objectives de nature différente : cystocèles volumineuses hautes ou basses, sans prolapsus utérin, avec col hypertrophié ou non ; cystocèles avec utérus faisant hernie à la vulve ; prolapsus utérin sans cystocèle véritable.

1^{er} CAS. — *Cystocèle haute avec hypertrophie du col utérin, sans prolapsus utérin appréciable.* — L'amputation du col sera le premier temps opératoire. D'après le volume du corps de l'utérus, on choisira entre une interposition vésico-vaginale (Wertheim-Schauta), ou une vagino-fixation (Le Dentu-Pichevin).

2^e CAS. — *Cystocèle volumineuse avec utérus normal ou rétrofléchi, mais non abaissé.* — Ici encore, l'utérus est en position élevée ; sa statique n'est pas atteinte. Nous utiliserons de préférence le corps utérin pour remédier à l'effondrement de la paroi vaginale antérieure.

3^e CAS. — *Prolapsus utérin avec cystocèle.* — Dans cette forme particulière, trois opérations peuvent être envisagées :

a) L'hystérectomie vaginale nous donnera sans doute une sécurité absolue au point de vue utérin. Mais la cystocèle ne sera pas réduite, ni maintenue ; la colporraphie antérieure complémentaire sera souvent insuffisante. Mieux vaudrait compléter l'hystérectomie vaginale par l'intervention préconisée par le Docteur VIOLET. Celle-ci, après dédoublement de la paroi vésico-vaginale, recherche latéralement les expansions antérieures des aponévroses sacro-recto-génito-pubiennes,

les suture, constituant ainsi un plan profond résistant qu'il recouvre par la suture des lambeaux muqueux vaginaux.

b) L'hystéropexie abdominale combinée à une colporraphie antérieure et une colpopérinéorraphie avec suture des releveurs, aura de grandes chances de nous donner un résultat excellent, et semble être dans la majorité des cas l'opération la plus rationnelle.

c) Le Wertheim-Schauta peut être mis en parallèle avec la précédente, parce que son manuel opératoire exige moins de temps, considération qu'il ne faut pas oublier, puisque nous avons affaire à des femmes âgées, et ne nécessite pas une laparotomie complémentaire. Ses indications seront tirées du volume de l'utérus, du degré de résistance des ligaments utéro-sacrés, comme nous l'indiquons plus loin, de l'importance de la cystocèle qui appelle le Wertheim-Schauta, de l'état de la paroi abdominale dont la sangle musculo-abdominale doit être suffisante pour permettre une bonne hystéropexie.

4^e CAS. — *Prolapsus utérin sans effondrement du plancher vésical.* — La discussion au sujet de l'opération n'a aucune raison d'être. La seule intervention rationnelle est l'hystérectomie vaginale.

C. — VOLUME DE L'UTÉRUS. — SON DEGRÉ DE RÉDUCTIBILITÉ. — SES ATTACHES LIGAMENTEUSES.

Si l'on décide un Wertheim-Schauta, dans tous les cas, il faudra s'assurer au préalable du volume de l'utérus, examiner soigneusement et méthodiquement ses parois; car c'est lui qui est destiné à corriger la

hernie existante. Par conséquent, apprécier son volume par le toucher et le palper combinés, par mensuration à l'hystéromètre. Un utérus à col normal, mesurant 7 à 9 centimètres, réalise des conditions satisfaisantes. Un utérus sénile, atrophique, ou bien avec hypertrophie sus-vaginale du col et corps déficient, sera insuffisant.

Il faudra, en plus, songer aux inflammations possibles, congestives, et aux hypertrophies sans lésions, ou plutôt aux gros utérus normaux, se rendre compte des lésions internes ou de voisinage : paramérite, endomérite, métrite du col ou du corps, lésions annexielles avec retentissement sur l'utérus.

L'indication bien posée, si l'on est en présence d'un utérus de dimensions anormales, mais sain, il faudra, après bascule de l'organe, réduire son volume par une résection partielle en quartier. Cette exérèse, qui ne nécessite pas l'ouverture de la muqueuse, donnera le maximum de sécurité en tant qu'asepsie.

Toute lésion inflammatoire constatée nécessitera un traitement préliminaire : repos au lit, columnisation, injections chaudes, cautérisation thermique, chimique, ou kinésithérapie.

D'autre part, avant l'intervention, il sera indispensable de vérifier la mobilité utérine. Les tentatives de réduction à l'hystéromètre sans développement de force, accompagnées de douleurs vives, réclameront l'anesthésie générale ou le demi-sommeil, suivant le procédé employé dans le service de M. le Professeur A. POLLOSSON. La réduction pourra ou ne pourra pas être obtenue, suivant les cas.

Il existe, en effet, des utérus solidement fixés à la

concavité du sacrum par des attaches dont l'altération provoque l'immobilité totale ou partielle de l'organe.

Un premier degré d'altération produit la tension des ligaments utéro-sacrés avec immobilité relative : une traction peu marquée exercée sur eux provoque la douleur aiguë. Ils ont perdu leur élasticité qui caractérise l'état physiologique, mais généralement l'hystéromètre manié avec précaution permettra la réduction, partant le manuel opératoire du Wertheim-Schauta.

Si nous avançons plus loin dans les lésions des cordages de soutien, la tension est telle que le raccourcissement est évident : l'utérus est franchement bloqué, sa mobilité impossible, et des manœuvres de force, au moyen de l'hystéromètre ou de tiges seraient inefficaces et dangereuses. Il faudra alors savoir renoncer à l'intervention qui est le sujet de notre thèse, et pratiquer l'hystérectomie totale par voie haute ou par voie basse.

Si la malade prononçait un *noli me tangere* irréductible, on pourrait avoir recours à une méthode de patience, *prudenti manu levique*, selon l'expression de STAPFER : kinésithérapie, columnisation, gymnastique abdomino-pelvienne.

Enfin, nous déconseillons le Wertheim-Schauta, dans tous les cas où les ligaments utéro-sacrés sont inexistantes ou trop distendus (Doct. VIOLET, PELLANDA, MAZET). On s'en rendra compte par des manœuvres d'abaissement de l'utérus, au moyen d'une pince-érigne fixée sur le col.

**D. — ETAT DES PARTIES MOLLES
DU PLANCHER PÉRINÉAL.**

Pour qu'un Wertheim-Schauta donne des résultats tels que le chirurgien les réclame pour ce genre d'interventions, c'est-à-dire durables, il est nécessaire d'obtenir une restauration aussi complète que possible du plancher pelvien. C'est un temps primordial dans le manuel opératoire. Il faut, en effet, que l'utérus basculé en avant, trouve au-dessous de lui un plancher pelvien suffisamment résistant qui le soutiendra dans sa nouvelle position par l'intermédiaire du col.

Il faudra donc tenir grand compte de l'état des releveurs, de leur développement ou de leur inexistence. Parfois, ces muscles sont plus ou moins bien perçus, parfois plus appréciables d'un côté que de l'autre. C'est à 25 millimètres environ de la vulve, qu'on peut saisir, entre le pouce et l'index, cette sangle musculaire, plus ou moins éloignée de la ligne médiane. On l'examinera avec soin.

Dans certains cas, on a l'impression de ne rien sentir, si ce n'est qu'un matelas charnu très affaissé, entre le vagin et les ischions. Chez d'autres sujets, ils font complètement défaut.

Atrophiés ou inexistantes, on risquera fort de ne pouvoir faire une bonne réfection périnéale : la récurrence est presque fatale.

Existent-ils, au contraire, bien développés, la restauration sera facile, et il ne faudra pas craindre de réduire la vulve, toute chance de grossesse étant condamnée chez ces femmes, au voisinage de la ménopause, et se souvenir du précepte de Bouilly : « Il faut avoir l'air d'avoir trop fait, pour avoir fait assez. »

OPÉRATION DE WERTHEIM-SCHAUTA

Soins préliminaires. — Technique. — Soins post-opératoires.

Ce chapitre traitera uniquement du manuel opératoire employé depuis plusieurs années dans le service de clinique gynécologique de la Charité, soit par M. le Professeur Aug. POLLOSSON, soit par ses assistants.

SOINS PRÉLIMINAIRES

Avant toute intervention, il sera bon de s'assurer de l'intégrité des voies utéro-vaginales et des organes eux-mêmes.

Si l'on constate une rétroversion, le premier temps est de réduire l'utérus par manœuvres manuelles ou à l'hystéromètre (nous avons déjà insisté sur ce point). S'il s'agit d'une cystocèle associée à un prolapsus utérin accentué, le premier soin sera de maintenir cet utérus au moyen de tampons glycérinés : de cette façon, on atténuera au maximum l'œdème et la congestion des tissus ; on permettra ainsi la cicatrisation préalable des ulcérations du col, fréquentes dans les prolapsus utérins. Toute sécrétion vaginale ou utérine pathologique demandera un traitement approprié et énergique. On pratiquera le curettage de l'utérus si les lésions l'indiquent.

Dans tous ces cas, un temps capital et sur lequel insistent, avec raison, le Professeur WERTH de Kiel, et

le Docteur FUCHS de Dantzig, sera de laisser au moins une semaine la malade au repos, avant toute tentative d'intervention.

L'avant-veille de l'opération, la malade aura été purgée et fortement lavementée la veille. La veille au soir, on procèdera au nettoyage de l'abdomen, de la vulve, qui doit être rasée comme la région pubienne, et du vagin, au savon et à l'alcool. La région abdominale sera passée à la teinture d'iode, puis recouverte d'un pansement aseptique. Le vagin, après assèchement, sera bourré d'une mèche iodoformée. Cette désinfection est toujours utile, car, au cours de l'opération, il se peut qu'on soit amené à transformer une opération vaginale en une intervention abdominale.

L'instrumentation comprendra le matériel couramment utilisé pour une hystérectomie vaginale.

Soins pré-opératoires. — Anesthésie.

La malade sera sondée et sa vessie bien vidée. Puis on procède à l'aseptisation soigneuse de la région : injection vaginale à la solution de Tarnier et lavage à la teinture d'iode dédoublée du vagin et de la région périnéo-vulvaire.

L'anesthésie comprendra soit l'anesthésie générale à l'éther, soit la rachianesthésie. Toutes les fois qu'il s'agira de sujets âgés, il sera prudent de recourir au deuxième procédé, moins shockant et moins congestionnant (A. POLLOSSON, L. BÉRARD). A cet effet, on utilisera la ponction lombaire classique avec injection de 4 à 10 centigrammes de stovaïne. L'anesthésie débute de 4 à 10 minutes après l'injection.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

PREMIER TEMPS. — Le col est saisi solidement par une pince de Museux, et attiré à la vulve. La paroi vaginale antérieure, bien déroulée et bien tendue, est incisée sur la ligne médiane, y compris le septum aponévrotique, à 2 centimètres environ du méat jusqu'au col utérin, en respectant prudemment la vessie. Les deux lambeaux ainsi constitués sont séparés de la vessie au moyen du procédé de la compresse, ou du doigt. La dissection portera jusqu'à la paroi latérale du vagin pour bien préparer une loge à l'utérus luxé.

DEUXIÈME TEMPS. — Rechercher le bord inférieur de la vessie dans le tissu cellulaire pré-utérin. S'il existe un plan de clivage, sa dissection est aisée. Dans le cas contraire, on utilisera les ciseaux avec ménagement en rasant l'utérus, jusqu'au niveau du cul-de-sac péritonéal antérieur. Celui-ci, attiré au moyen d'une pince, est ouvert sur toute son étendue, et sa lèvre supérieure repérée avec une pince ou un fil de catgut la transfixant. Les ligaments vésicaux qui prennent contact avec le fond utérin seront sectionnés entre deux pinces. On fera une bonne hémostase de la région (veines et artères vésicales latérales).

TROISIÈME TEMPS. — *Bascule antérieure de l'utérus*, soit avec le doigt recourbé en crochet, soit en saisissant le fond avec une pince de Museux. Cette manœuvre, facile si l'organe est petit, sera aidée par le refoulement en haut du col, dans le cul-de-sac de Douglas. S'il est un peu volumineux, l'un des angles est d'abord attiré, puis l'index allant accrocher le ligament large et le ligament rond au ras de la corne utérine, amène en

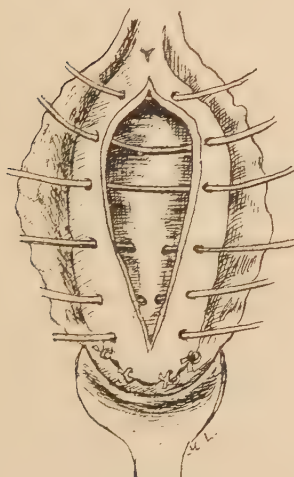
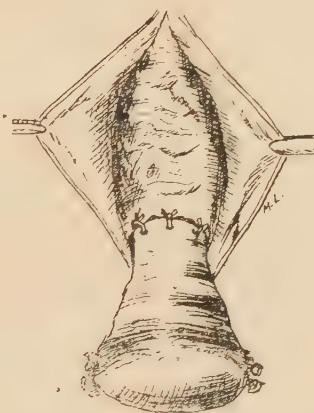
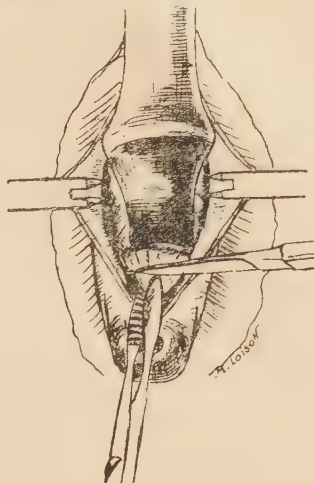
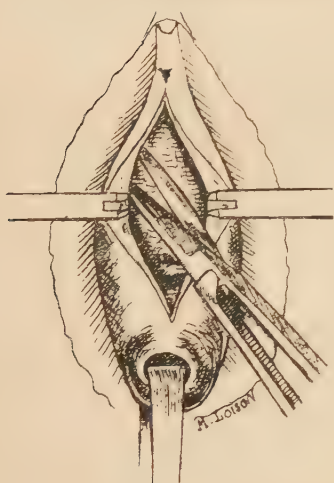
avant l'angle que saisira une pince. La même manœuvre sera répétée pour l'angle opposé : le fond utérin pourra se présenter plus commodément.

QUATRIÈME TEMPS. — Vérification des annexes et *stérilisation tubaire*, ou ablation des annexes si elles sont pathologiques. Dans la majorité des cas, on les laisse. Mais si l'on a affaire à un sujet en état d'être fécondé, c'est-à-dire dont les règles persistent normales, tout en étant au voisinage de la ménopause, il faut séparer les annexes de l'utérus, en sectionnant les trompes près des cornes utérines. Le moignon libre est enfoui par un surjet sous-péritonéal.

CINQUIÈME TEMPS. — *Fermeture de la cavité péritonéale*. — Le corps utérin est fléchi fortement, en bas et en arrière, contre la paroi postérieure du vagin : cette hyperflexion va permettre de fixer assez loin, au niveau du col, le feuillet péritonéal vésical à la face postérieure de l'utérus. Deux points de catgut fixant le péritoine vésical au niveau de la ligne des ligaments utéro-sacrés seront suffisants. Ainsi se trouve fermée la cavité péritonéale.

SIXIÈME TEMPS. — L'utérus possède donc une loge que la dissection de la paroi vaginale a préparée au premier temps. *On le repousse dans cet espace vésico-vaginal* qu'il viendra combler. Si le corps est de volume suffisant il pourra remonter légèrement derrière la symphyse. *Il ne reste plus qu'à fixer l'organe ainsi placé*. Pour ce faire, on passe successivement les fils de haut en bas : il est bon de fixer d'abord séparément les cornes utérines aux points correspondants de la paroi vaginale. Puis les lambeaux muqueux vaginaux rabattus

L'OPÉRATION DE WERTHEIM-SCHAUTA



Illustrated by M. LOISON, from pictures in J.-L. FAURE GYN (imitated).

sur l'utérus sont suturés l'un à l'autre, solidarisés par quelques points prenant le tissu utérin. Si les lambeaux vaginaux sont trop grands, on en résèque l'excédent. Si ces lambeaux ne sont pas suffisants pour recouvrir la totalité de l'utérus, il faut savoir qu'on peut laisser un petit ovale de la surface utérine à nu dans le vagin. On se contente alors de suturer les lambeaux vaginaux sur l'utérus à la limite de leur extensibilité (D^r VIOLET).

SEPTIÈME TEMPS. — *Colpo-périnéorrhaphie avec suture directe des releveurs de l'anus.* — C'est le point fondamental du traitement des prolapsus génitaux. Deux conditions de réussite sont indispensables :

Reconstituer un périnée solide, profond ;

Ne pas craindre de trop fermer la vulve.

Nos interventions s'adressent, en effet, à des femmes chez lesquelles la ménopause est installée ou va l'être ; par conséquent nous ne devons plus compter sur des grossesses.

On obtiendra un périnée solide, en saisissant *largement* les releveurs de l'anus avec leur aponévrose, soit par des sutures isolées, soit par une suture en masse qui englobera simultanément les muscles superficiels du périnée.

On obtiendra un périnée profond, en réséquant sur la paroi postérieure du vagin un lambeau en forme de triangle à sommet supérieur, et dont la base s'avancera jusqu'au niveau de la fourchette. On refermera cet espace cruenté par des sutures *profondes*.

Par rétrécissement de la vulve, on obtiendra un périnée élevé. C'est lui qui doit devenir comme un obstacle à l'écroulement de la charpente que nous venons d'édifier.

Nous avons à dessein exposé longuement tous les temps de cette intervention. On pourrait ainsi croire à une opération longue, pénible, au cours de laquelle de multiples ennuis se dressent. Il n'en est aucun. Le manuel opératoire est simple et rapide.

Complications possibles au cours de l'intervention.

Elles ont trait à la constatation :

- 1° D'un corps utérin trop volumineux ;
- 2° D'un corps utérin trop petit ;
- 3° D'un corps hypertrophié ;
- 4° D'une élytrocele postérieure.

a) CORPS UTÉRIN TROP VOLUMINEUX. — L'utérus est-il congestionné et non hypertrophié au sens anatomique du mot? Nous avons déjà signalé que l'examen pré-opératoire a dû le faire reconnaître, et que le repos, la columnisation, la kinésithérapie, la gymnastique décongestionnante pouvaient amener une diminution notable de l'utérus.

Si au contraire c'est le muscle lui-même qui a subi cette modification histologique, on réduira son volume par une excision partielle, portant sur la face postérieure, sous forme de tranche (DÖDERLEIN), soit par une section oblique du corps au niveau du fond de l'utérus. Les deux lèvres séro-musculaires seront rapprochées, suturées au catgut. Puis on pratiquera l'aseptisation de la ligne d'incision et de suture à l'iode. Un point de détail utile à connaître comportera le passage des fils dans le muscle, et non au travers de la muqueuse, comme s'il s'agissait d'une césarienne (FABRE).

b) LE CORPS UTÉRIN EST TROP PETIT. — C'est un inconvénient assez sérieux, car son inclusion modifiera

peu la statique vésicale. On obviendra à cet inconvénient par une dissection aponévrotique sous-vésicale; la suture portera jusqu'au niveau de l'urèthre. S'il s'agit d'un utérus trop étroit, on poussera la dissection aponévrotique assez loin, sur les côtés. Notons en passant que la constatation d'un utérus atrophique avant l'intervention doit faire penser à utiliser un autre manuel opératoire (v. plus haut page 18).

c) HYPERTROPHIE DU COL. — Il est une lésion qui accompagne fréquemment la descente de l'utérus, c'est l'allongement hypertrophique du col. Il peut à lui seul être toute la lésion et en imposer pour un prolapsus qui, en fait, n'existe pas. A la fois, le col est à la vulve ou hors de la vulve, la paroi vaginale est prolabée : il y a cystocèle et plus moins rectocèle. Mais le fond utérin est perçu, palpable au niveau de la symphyse, et si la vulve est tant soit peu élargie, le périnée et les releveurs sont intacts.

En tout cas, s'il y a allongement du col, l'indication opératoire est formelle. A l'encontre de l'opinion émise par DELANGLADE, qui croit que cette opération n'ajoute rien aux résultats de colpopérinéorrhaphie, l'expérience a démontré qu'elle constitue un des temps importants de l'intervention. Et à ce point de vue, il vaut mieux pêcher par excès que par défaut. Sous peine de récurrence après les meilleures restaurations périnéales, il faut traiter par l'amputation tout col suspect d'allongement hypertrophique. Ce point de technique résulte très nettement d'une observation remarquable présentée en 1908, à la Société de Chirurgie de Lyon, par M. le Professeur BÉRARD. Il s'agissait, en effet, d'une femme

qu'il opéra, par l'hystérocystopexie abdominale, combinée à une colporraphie antérieure et à une colpoperinéorrhaphie, pour un prolapsus extériorisé. Rien au col ne semblait réclamer l'amputation. Cependant, au bout de dix-huit mois, ce col était à la vulve; au bout de deux ans, le vagin et le col ulcéré dépassaient celle-ci de 10 cent. le fond de l'utérus restant fixé à la paroi. Il fallut faire une hystérectomie abdominale. La cavité utérine atteignait la longueur de 18 centimètres.

d) ELYTROCÈLE POSTÉRIEURE. — L'intestin peut plonger dans le cul-de-sac de Douglas qu'il distendra. Deux alternatives : ou bien résection partielle losangique du cul-de-sac ou abstention.

On pratiquera la résection si le col utérin n'est pas suffisamment développé pour le combler. On s'abstiendra de toute manœuvre sur le Douglas, si le col est épais, mais non en éminence d'allongement : on se rend bien compte, en effet, que ce col saura à lui seul réparer cette hernie postérieure lorsque la bascule aura été effectuée.

SOINS POST-OPÉRATOIRES

L'opération terminée, on placera une mèche à l'éther iodoformée dans le vagin. Une sonde à demeure évitera toute rétention urinaire. Il sera bon de constiper la malade pendant quatre à cinq jours.

Le tamponnement et la sonde pourront être enlevés vers le sixième jour. La malade sera purgée.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Service de M. le Professeur POLLOSSON.)

M^{me} B....., 45 ans, Le Châtelard, (Savoie).

Vient à la consultation le 1^{er} juillet 1910, pour un prolapsus datant de quatorze ans. Il fait saillie hors de la vulve. Allongement hyperplasique du col : simple œdème dû à la gêne circulatoire. Cystocèle. Utérus en rétroversion. Périnée déchiré.

Intervention : 12 juillet 1910 (D^r VIOLET). Amputation du col.

Wertheim-Schauta. Périnéorrhaphie.

Suites simples, malgré une légère cystite temporaire.

Revue un an après : 8 juin 1911. Etats objectif et subjectif parfaits.

Elle nous écrit le 5 février 1920 : « Depuis mon opération, je n'ai éprouvé aucun malaise. Je me porte bien et vaque journellement aux divers travaux de mon ménage, sans fatigue. Je suis enchantée. »

OBSERVATION II

(Service de M. le Professeur POLLOSSON.)

M^{me} R....., née T....., 47 ans, R. St-Nicolas, Romans (Drôme).

Apparition d'un prolapsus en 1908, aggravé depuis. Il est constitué par l'utérus complètement luxé, augmenté de volume, dont la cavité mesure 8 cent., par la vessie dont les soutiens vaginaux sont relâchés. La sonde ne peut être introduite dans la vessie. Pour cathétériser, on est obligé de rentrer vessie et

utérus. Une fois dans la vessie, la sonde montre que celle-ci descend jusqu'au niveau de la lèvre antérieure du col. La paroi vaginale antérieure a l'épaisseur d'une feuille de papier. Le Douglas a conservé sa profondeur. Périnée flasque. Pas de rectocèle. En plus dislocation de la paroi abdominale, ptose du rein droit. — Par toucher et palper combinés, on sent une masse kystique, indépendante de l'utérus, du volume d'une tête fœtale.

Intervention : 8 avril 1911 (D^r VIOLET). Rachianesthésie. Wertheim-Schauta au cours duquel, par la brèche péritonéale, on ponctionne le kyste et on extrait la poche. Colporraphie et colpopérinéorraphie, avec myorraphie des releveurs.

Suites opératoires simples. Réunion per primam.

A la date du 15 février 1920, son médecin nous écrit : « La malade n'a pas eu de récédive ».

OBSERVATION III

(Service de M. le Professeur POLLOSSON.)

M^{me} B....., née P..... 54 ans, rue Vendôme, Lyon.

XII-pare. Un accouchement difficile avec déchirure du périnée. Gros prolapsus datant de vingt ans. La malade se faisait poser des pessaires. Grosse cystocèle avec déroulement de la paroi vaginale antérieure, faisant une saillie du volume d'un citron. Rectocèle légère. Le périnée est effondré, et le bombement de la paroi vaginale postérieure est très marqué au moment des efforts. L'utérus est rétrofléchi.

Opération, le 22 avril 1911. (D^r VIOLET). Rachicocaïnisation. Wertheim-Schauta : opération très satisfaisante, malgré un utérus petit. Périnéorraphie avec suture des releveurs. On termine par la cure radicale de deux hernies inguinales.

Suites opératoires simples. Deux mois après l'opération, la malade est présentée à la Société de Chirurgie de Lyon avec un résultat excellent, tant objectif que subjectif.

En juillet 1912, le résultat persiste. La cystoscopie ne révèle rien d'anormal.

En février 1920. Résultat parfait. Etat local et général très satisfaisants. La malade, marchande foraine, travaille sans fatigue, depuis son opération; elle se déclare très satisfaite.

OBSERVATION IV

(Service de M. le Professeur POLLOSSON.)

M^{me} R....., née R....., 52 ans, Vienne, (Isère).

Entre à la Charité le 1^{er} août 1911 avec une grosse cystocèle et léger abaissement utérin. Utérus rétroversé. Rectocèle.

L'opération est pratiquée, le 5 août 1911, par M. le D^r VIOLET Wertheim-Schauta. Isolement de la hernie vésicale. Ouverture du cul-de-sac péritonéal antérieur. Le corps utérin se montre tout petit, par contraste avec le col qui est volumineux. On bascule le corps utérin, on le fixe sous la vessie, puis on achève par une colporraphie. On ne touche pas au col, laissant ainsi un pessaire de toute la longueur de ce col. On se borne à une périnéorraphie très large, très haute.

Suites opératoires excellentes : réunion per primam.

Revue en juin 1912, la malade va très bien, le prolapsus ne s'est pas reproduit.

A la date du 10 février 1920, l'état local s'est maintenu parfait et la malade nous fait savoir que son état général s'est amélioré sensiblement.

OBSERVATION V

(Service de M. le Professeur POLLOSSON.)

M^{me} B....., née R....., 52 ans, Grigny, (Rhône).

III-pare. Le premier accouchement a duré 52 heures : à la période de douleurs, la tête fœtale est restée pendant 8 heures au détroit inférieur. Autres accouchements normaux.

Elle se présente avec une cystocèle et un prolapsus utérin. L'utérus rétroversé est gros avec col nettement allongé. Le prolapsus fait hernie à la vulve.

Intervention, le 29 août 1921 (Professeur PATEL). Wertheim-Schauta.

Suites opératoires immédiates excellentes.

Revue le 4 février 1920. Pendant huit ans, la malade s'est fort bien portée. Mais à la suite d'une grippe avec toux très forte, réapparition d'une ébauche de cystocèle bien maintenue par un anneau.

OBSERVATION VI

(Service de M. le Professeur POLLOSSON.)

M^{me} P..., née All..., 53 ans, La Verpillière (Isère).

Prolapsus génital : cystocèpe et ptose utérine. Utérus en rétroversion, s'abaissant à la vulve pendant les efforts. A longtemps porté des pessaires déterminant de la vaginite et une abondante suppuration.

Opérée le 29 août 1911 (D^r VIOLET). W.-S. Petit utérus.

Suites opératoires simples.

Ecrit le 14 février 1920 : « Je ne souffre pas, je suis complètement guérie. Etat général très satisfaisant. »

OBSERVATION VII

(Service de M. le Professeur POLLOSSON.)

M^{me} B..., 43 ans, rue Victor-Hugo, à Givors.

Entre à la Charité le 1^{er} novembre 1911 pour prolapsus utérin. Mictions très fréquentes depuis deux ans, avec troubles généraux : céphalalgie, nausées. L'utérus est rétroversé, le col entr'ouvert, la lèvre antérieure allongée. Le prolapsus fait hernie à la vulve, à l'occasion des efforts de toux.

Opérée le 9 novembre 1911, par M. le D^r VIOLET. Wertheim-Schauta.

Sort le vingt-cinquième jour parfaitement guérie.

En juillet 1912, elle confirme le bon résultat de l'intervention.

Le 4 février 1920, nous recevons une lettre de sa fille, nous disant : « Je vous fais savoir que ma mère est décédée au début de 1917, mais non des suites de l'opération. Celle-ci avait très bien réussi, puisque depuis cette époque elle n'avait accusé la moindre gêne. »

OBSERVATION VIII

(Service de M. le D^r POLLOSSON.)

M^{me} B..., 60 ans, rue de Sèze, Lyon.

I-pare. Pas d'antécédents obstétricaux pathologiques. Entre le 12 février 1912 à la clinique, avec des troubles urinaires ayant

débuté quatre mois avant : envies fréquentes d'uriner, pesantement au périnée, marche difficile, douleurs lombaires. L'examen montre une cystocèle avec prolapsus utérin de la grosseur d'une mandarine. Allongement hyperplasique de la lèvre antérieure du col. Utérus en rétroversion.

Intervention, le 16 février 1912 (D^r VIOLET). Rachianesthésie. Wertheim-Schauta.

Suites opératoires normales. Sort le vingt-deuxième jour.

Revue le 4 juillet 1912. Se dit très satisfaite. Les douleurs n'ont plus reparu.

Mictions normales. Etat local parfait. Cystoscopie négative.

En février 1920, nous avons recherché en vain la malade. On ne sait si elle est décédée. En tout cas, nous avons appris par son entourage, que jusqu'au moment où la malade quitta la rue de Sèze, elle n'avait rien accusé du côté de son prolapsus.

OBSERVATION IX

(Service de M. le Professeur POLLOSSON.)

M^{me} Marie D..., veuve R..., 61 ans, rue Villeroy, Lyon.

III-pare. Déchirure du périnée. Prolapsus utérin très ancien.

Opération le 20 mars 1912 (D^r PELLANDA). Rachicocainisation. Wertheim-Schauta simple. Périnéorraphie.

Revue en juin 1912 avec un très bon résultat.

D'après les nouvelles fournies par sa famille (7 février 1920), la malade serait décédée en 1918 d'une cardiopathie. Jusqu'à cette époque, rien d'anormal n'avait été signalé par la malade en ce qui concerne son prolapsus.

OBSERVATION X

(Service de M. le Professeur POLLOSSON.)

M^{me} Marie M..., veuve R..., 61 ans, rue Villeroy, Lyon.

III-pare. Déchirure du périnée sans lésions sphinctériennes. Prolapsus vésico-utérin ancien et très marqué.

Opération, le 26 mars 1912 (D^r PELLANDA). Rachicocainisation. W.-S. simple.

Périnéorraphie.

Suites opératoires normales. Réunion parfaite.

Revue en juin 1912 avec un excellent résultat.

La malade est décédée en 1918 d'une affection cardiaque, dans un bain. La famille nous fait savoir le 11 février 1920, que l'opération avait très bien réussi au point de vue ptose. Mais incontinence d'urine persistante.

OBSERVATION XI

(Service de M. le Professeur POLLOSSON.)

M^{me} G... P..., née D..., 50 ans, Saint-Vallier (Drôme).

Le 10 mai 1912, la malade se présente à la clinique avec un volumineux prolapsus utérin.

Est opérée par M. le Professeur POLLOSSON, le 31 mai 1912.
Rachianesthésie. Wertheim-Schauta. Périnéorraphie et résection cruciforme de lambeaux dans la partie supérieure de la paroi postérieure du vagin.

Suites normales.

Nous dit en février 1920, qu'elle s'est bien portée depuis.

OBSERVATION XII

(Service de M. le Professeur POLLOSSON.)

M^{me} M..., née F..., 53 ans, Grande-Rue, Jaillieu (Isère).

II-pare. Prolapsus utérin. Le col sort de la vulve. La cystocèle n'est pas très marquée. La malade accuse de la coccygodynïe. On note un écoulement du périnée.

Le 13 mai 1912, la malade est opérée par M. le Professeur A. POLLOSSON, Rachianesthésie.

Wertheim-Schauta avec réfection du périnée.

Deux mois après l'intervention, le résultat est très bon.

Revue le 13 février 1920. Utérus en pleine régression sénile perçu derrière la symphyse, mais conservant son rôle de plancher vésical. Pas de pesanteur abdominale. Pas de douleurs. Etat général satisfaisant. Mictions normales. Le prolapsus est maintenu réduit d'une façon parfaite.

OBSERVATION XIII

(Service de M. le Professeur POLLOSSON.)

M^{me} C..., 41 ans, Saint-Victor-de-Cessieu (Isère).

Quatre accouchements; déchirure du périnée au troisième Prolapsus utérin avec cystocèle du volume du poing et utérus paraissant un peu gros.

L'intervention est pratiquée le 17 mai 1912 (D^r PELLANDA), sous rachicocainisation.

Wertheim-Schauta, avec résection portant sur le fond, d'une tranche utérine. Après bascule, on constate que l'organe est encore trop gros et on a de la peine à le faire tenir dans la loge. On complète par la réfection du périnée.

Très bon résultat immédiat.

La malade revue en juin 1912 se présente avec un résultat excellent.

Revient nous voir le 7 février 1920. La cystocèle ne s'est pas reproduite. On note du côté du rectum un abaissement très léger. Le résultat est en somme très bon.

OBSERVATION XIV

(Service de M. le Professeur POLLOSSON.)

M^{me} T..., née S... F..., 55 ans, rue Moncey, Lyon.

XIV-pare. Neuf enfants vivants; les autres sont morts en bas âge.

Vient à la consultation le 1^{er} juillet 1912, avec un prolapsus des parois vaginales antérieure et postérieure. Rectocèle basse. Utérus en rétroposition et antéflexion légère.

Opération le 9 juillet 1912 (D^r VIOLET). Ether. Wertheim-Schauta. Dissection prudente de la vessie aux ciseaux, car on ne découvre pas de plan de clivage bien net. Périnéorrhaphie avec suture des releveurs.

Suites opératoires excellentes.

Convoquée, la malade vient à la consultation le 7 février 1920. On ne constate ni récurrence d'urétro-cystocèle, ni de rectocèle. Travaille sans fatigue. Les mictions sont normales. Le résultat est absolument parfait.

OBSERVATION XV

(Due à l'obligeance de M. le Dr VIOLET.)

M^{me} C..., 60 ans, quai Arloing, Lyon.

Il s'agit d'une malade de clientèle privée qui consulte M. le Dr VIOLET, le 11 novembre 1912, pour prolapsus utérin avec rectocèle, cystocèle existant depuis quatre ans. Sensation désagréable de chute. Leucorrhée abondante. Incontinence d'urine. A porté des pessaires pendant vingt ans. Coût impraticable.

Intervention, le 14 novembre 1912 (Dr Violet). Wertheim-Schauta. Amputation du col un peu allongé. Colporraphie et colpoperinéorrhaphie.

Sort de la clinique Saint... vingt jours après, en très bon état.

Nous revoyons la malade le 2 février 1920. Elle va très bien. Le prolapsus ne s'est pas reproduit. Aucune pesanteur ni gêne quelconque. L'incontinence d'urine a complètement disparu. Les rapports sexuels ont lieu normalement.

OBSERVATION XVI

(Due à l'obligeance de M. le Dr VIOLET.)

M^{me} N... Ch..., 39 ans, rue Montgolfier, Lyon.

Consulte M. le Dr VIOLET, le 6 décembre 1913, et entre à la clinique Saint..., le même jour.

III-pare. Le premier enfant est mort de grippe à 3 ans, le deuxième de cyanose congénitale. Le troisième est bien portant. A chaque accouchement, le périnée s'est déchiré. L'examen montre une cystocèle qui s'est établie rapidement. Mictions fréquentes le jour et urines chargées. Léger prolapsus utérin dont la malade se rend compte au moment de sa toilette.

L'opération est pratiquée le 8 décembre 1913 (Dr VIOLET). Ether. Wertheim-Schauta.

Suites immédiates normales. Sort le douzième jour.

Revue le 10 février 1920, la malade accuse de légères douleurs du côté des reins. Pas de pesanteur au bas-ventre. Pas de récurrence de prolapsus. Les mictions se font normalement. Etat général très satisfaisant.

OBSERVATION XVII

(Service de M. le Professeur POLLOCKSON.)

M^{me} M..., 39 ans, Paladru (Isère).

Entre le 1^{er} mai 1914 à la clinique gynécologique de la Clinique. Elle présente un prolapsus utérin. Cystocèle et 1/2^e rectocèle. Utérus en rétroversion.

Opération le 7 mai 1914. Wertheim-Schauta régulier. Périnéorraphie.

Par une lettre du 9 février 1920, la malade nous annonce que les suites de son opération sont très satisfaisantes. Elle n'éprouve aucun trouble au bas ventre, ni aux reins. Les mictions sont normales et se font sans douleur. « Je travaille comme avant ma maladie, nous dit-elle, et, lorsque je ne me fatigue pas trop, tout va bien. »

OBSERVATION XVIII

(Service de M. le Professeur POLLOCKSON.)

M^{me} V..., née F..., 60 ans, avenue de Saxe, Lyon.

Il s'agit d'une lymphe ancienne, avec un léger écartement de l'utérus.

Intervention le 7 mai 1914. Wertheim-Schauta régulier. Colpopérinéorraphie. Opération typique, sans incident. On ne sectionne pas les trompes, vu l'âge de la malade. Suture des releveurs.

En juin 1914, le résultat est très bon, malgré un très léger degré de cystocèle qui n'incommode pas la malade. Mictions normales.

Recue en février 1920 : le résultat s'est maintenu : la cystocèle existe encore, mais insignifiante. Opération, en somme, à suites relativement bonnes.

OBSERVATION XIX

(Service de M. le Professeur POLLOCKSON.)

M^{me} J..., 44 ans, rue de l'Hôtel-de-Ville (Belleville sur-Saône).

Prolapsus faisant hernie à la vulve. Cystocèle. Allongement de la lèvre antérieure du col. Utérus en rétroversion, sans prolapsus.

Opération pratiquée le 1^{er} avril 1914. Wertheim-Schauta avec amputation de la lèvre antérieure du col. Périnéorrhaphie avec suture des releveurs.

Revue le 13 février 1920. Le résultat local est absolument brillant. L'utérus ne semble pas avoir maigri. La malade a conservé ses règles, quelquefois d'une durée de huit jours, mais à peu près normales en quantité. Elle urine normalement. — Présente malheureusement une hernie inguinale droite qui provoque de la pesanteur lombaire. — Etat général parfait.

OBSERVATION XX

(Service de M. le Professeur POLLOSSON.)

M^{me} G..., 69 ans, Grande-Rue, à Belley (Ain).

VI-pare, une fausse couche. Accouchements sans incidents. Leucorrhée.

Prolapsus utérin faisant hernie à la vulve. Cystocèle. Utérus élevé et bien retenu.

Avant d'entrer à la clinique de la Charité, a consulté un chirurgien qui refuse d'intervenir en raison de son âge.

M. le Professeur POLLOSSON entreprend *l'opération le 5 décembre 1918*. Anesthésie à l'éther. — Wertheim-Schauta. Périnéorrhaphie.

Sort de l'hôpital vingt jours après en très bon état.

Revient se montrer le 7 février 1920. L'examen montre un utérus bien maintenu derrière la symphyse, offrant un bon plan résistant. Les mictions sont normales.

Désolée en 1918 « de se voir dans cet état », la malade nous fait part de sa « grande satisfaction ». Et elle ajoute : « Depuis mon opération, j'ai grossi et rajeuni. »

OBSERVATION XXI

(Service de M. le Professeur POLLOSSON.)

M^{me} A..., 51 ans, quai de Retz, Lyon.

Vient consulter le 15 mars 1919 pour une cystocèle non soutenue par un pessaire, et datant de trois ans. L'utérus, de volume normal, paraît légèrement fibreux,

L'opération a lieu le 22 avril 1919 (D^r PELLANDA). Utérus un peu dur, mais on ne perçoit nettement en aucun point de noyau de myome. Wertheim-Schauta.

La malade est revue le 26 janvier 1920. Résultat médiocre. Réapparition d'une cystocèle, mais moins marquée qu'avant l'opération. L'utérus semble atrophique, et c'est entre le fond devenu le point déclive et le méat que s'est faite la cystocèle. Cas du reste très ancien avec de mauvais tissus. Les mictions sont plutôt fréquentes pendant le jour et après une marche prolongée. Etat général excellent. Le prolapsus actuel est assez bien corrigé par un pessaire mis en place il y a trois mois.

OBSERVATION XXII

(Service de M. le Professeur POLLOSSON.)

M^{me} R..., 61 ans, rue de la Goutte, Tarare (Rhône).

Entre à la clinique gynécologique le 15 avril 1919 avec cystocèle et utérus petit, mais en bonne position.

Opérée le 22 avril 1919 (D^r GILLET) Wertheim-Schauta régulier. L'utérus est maigre, mince et friable.

A la consultation du 4 février 1920, nous ne constatons rien d'anormal du côté de l'utérus. Tendance à une ébauche de cystocèle : sensation perçue au toucher, et qui n'est pas relevée par la malade. On peut considérer le résultat comme très satisfaisant.

OBSERVATION XXIII

(Service de M. le D^r POLLOSSON.)

M^{me} veuve F..., 56 ans, blanchisseuse, rue Pasteur, Lyon.

Se présente à la consultation du 1^{er} mai avec une cystocèle et un petit kyste de l'ovaire gauche.

Pesanteur, tiraillements dans le bas-ventre.

Opération le 17 mai 1919 (D^r PELLANDA). L'utérus basculé dans le vagin, il s'agit d'un utérus mince, antéfléchi, très mobile. On pratique l'ablation du kyste qui est du volume d'une noix, et on fixe l'utérus dans la loge vésico-vaginale. Colpopérinéorraphie.

Revue le 1^{er} février 1920. Etat local parfait. Malgré un travail pénible et quotidien la malade n'éprouve pas la moindre sensation d'affaissement ni de la vessie, ni du rectum. Le globe utérin est petit, amaigri. Mictions normales. Etat général ne laissant rien à désirer.

OBSERVATION XXIV

(Service de M. le professeur POLLOSSON.)

M^{me} M. M., 51 ans, grande rue S'-Clair (Lyon).

A la consultation du 10 mai 1919, la malade présente un prolapsus utérin, avec cystocèle plus marquée que la rectocèle.

L'opération est pratiquée le 20 mai 1919 (D^r MAZET). Wertheim-Schauta. — Colpopérinéorrhaphie et Suture des releveurs.

Suites opératoires excellentes.

Le 3 février 1920, nous voyons la malade chez elle, avec un état général très satisfaisant.

Etat subjectif : la malade semble accuser de la pesanteur lombaire que ne peut expliquer l'examen local. Celui-ci ne permet pas de constater de récidence. Nous tiendrons compte de l'avis de son entourage nous affirmant que la malade ne s'est jamais plainte et travaille toute la journée.

OBSERVATION XXV

(Due à l'obligeance de M. le docteur VIOLET.)

M^{me} M., de Brignais, 55 ans.

Malade de clientèle privée. Cystocèle très marquée avec issue hors de la vulve. Gêne considérable pendant la marche. Tiraillements dans le bas-ventre. Pessaire mal supporté. Pas de prolapsus utérin.

Opérée le 23 mai 1919 par M. le docteur VIOLET. Rachiallocaïne. Wertheim-Schauta avec complément de colporrhaphie dans la partie uréthro-vaginale. Colpopérinéorrhaphie. Pas de sonde à demeure.

Suites normales. La malade a uriné spontanément.

En février 1920, états local et général excellents.

OBSERVATION XXVI

(Service de M. le Professeur POLLOSSON.)

M^{me} R..., 55 ans, épicière, grande rue de Caluire, Caluire.

Cinq accouchements; déchirure du périnée au deuxième. — Cystocèle très marquée. Sensation de brûlure au moment des mictions. Douleurs vives dans les reins et pesanteur au bas-ventre. Polype du col.

Intervention le 9 juillet 1919 (D^r GILLET). Ether. Ablation du polype. Wertheim-Schauta. Colporraphie antérieure et colpoperinéorraphie. Sonde à demeure (pendant huit jours).

Sort de l'hôpital au bout de vingt jours: très bon résultat immédiat.

Est revue le 3 février 1920. Le prolapsus ne s'est pas reproduit. A noter encore une légère cuisson au moment des mictions; les urines sont claires. Travaille sans fatigue, porte des charges sans inconvénients. La malade se déclare très satisfaite de l'opération.

OBSERVATION XXVII

(Service de M. le Professeur POLLOSSON.)

M^{me} G..., née P..., 49 ans, rue Pierre-Blanc, Lyon.

Entrée à la Charité le 1^{er} septembre 1919. XI-pare: 8 enfants, 3 fausses couches. Au premier accouchement: épisiotomie (D^r FOCHIER, 1894). Recto-cystocèle. Grande difficulté dans le travail. Douleurs lombaires. Gêne dans les mictions.

Opération le 5 septembre 1919 (D^r PELLANDA). Ether. Wertheim-Schauta. Colpopérinéorraphie avec suture des releveurs.

Sort le 3 octobre: résultat immédiat très bon.

Revient à la consultation, sur convocation, le 3 février 1920. « Je ne ressens plus aucun malaise, dit-elle, je suis très bien. J'urine facilement et n'ai pas d'incontinence; mes urines sont claires. Depuis mon opération, j'ai pris du poids. » Au point de vue local, le résultat est parfait. On sent l'utérus derrière la symphyse, ni rétroversé, ni antéfléchi, de petit volume, sans lésion perceptible.

OBSERVATION XXVIII

(Service de M. le Professeur POLLOSSON.)

M^{me} veuve M..., 59 ans, place de l'Eglise, Givors.

A l'entrée : prolapsus utérin du volume d'une orange. Cysto-rectocèle.

Intervention, le 4 octobre 1919 (D^r GILLET). Amputation du col. Wertheim-Schauta. Colporraphie avec colpoperinéorraphie. Myorraphie des releveurs.

Le 7 février 1920, M^{me} M..., se présente à la consultation avec un état général excellent. Aucun malaise n'est relevé. L'état local ne laisse rien à désirer.

OBSERVATION XXIX

(Due à l'obligeance de M. le D^r VIOLET.)

M^{me} F..., 58 ans, cours Charlemagne, Lyon.

Ménopause depuis longtemps. Cystocèle avec allongement du col au niveau de la lèvre antérieure. Le col descend à la vulve. La hernie vésicale est du volume du poing. Cul-de-sac postérieur respecté. En tirant avec une pince sur le col, l'utérus s'abaisse plus qu'un utérus bien fixé. Rectocèle.

Le 9 octobre 1919, M. le D^r VIOLET pratique l'intervention sous rachianesthésie (allocaïne). Dissection vésicale. Ouverture du péritoine. Bascule de l'utérus. Cet utérus basculé, on se rend compte qu'il est beaucoup plus abaissé qu'à l'ordinaire. On décide le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés des deux côtés, par plicature : on les saisit avec une pince, sur le doigt, en leur milieu. On passe un premier fil vers l'insertion utérine, puis l'on transfixe la portion postérieure du ligament, les deux points situés à égale distance de la pince. La ligature provoque la tension et la plicature du ligament. Fixation du péritoine vésical à la partie inférieure de l'isthme. L'utérus est placé dans sa loge. Puis on continue la dissection de la vessie plus avant pour remédier à la cystocèle que la bascule de l'utérus ne modifiera pas. Périnéorraphie. Suture des releveurs.

Guérison simple. A été sondée quelques jours.

Les nouvelles de la malade au 7 février 1920 sont excellentes (D^r VIOLET).

OBSERVATION XXX

(Due à l'obligeance de M. le D^r VIOLET.)

M^{lle} A..., 40 ans, rue Rabelais, Lyon.

III-paré. Tiraillements dans le bas-ventre et dans les reins. Cystocèle faisant saillie hors de la vulve, de la grosseur d'un œuf. Impossibilité de mettre un pessaire du fait de l'existence de brides cicatricielles fixant le col à la paroi vaginale postérieure. Déchirure du périnée.

Opération, le 9 octobre 1919 (D^r VIOLET). Libération des adhérences vaginales postérieures. Excision de tissus cicatriciels. Suture. Wertheim-Schauta. Dissection vésicale; ouverture du péritoine, bascule de l'utérus. Stérilisation tubaire. Périnéorraphie.

En février 1920, le résultat s'est maintenu. La malade a continué à avoir ses règles sans douleurs. Subjectivement, quelques douleurs dans les reins qu'une saison à Aix a considérablement améliorées.

EN RÉSUMÉ :

Sur 30 Wertheim-Schauta, nous relevons :

18 résultat <i>parfaits</i> , dont :	{	1	datant de 1910.
		2	— 1911.
		4	— 1912.
		1	— 1913.
8 résultats <i>très bons</i> , dont :	{	1	datant de 1910.
		1	— 1911.
		3	— 1912.
		1	— 1914.
		2	— 1919.

2 résultats *médiocres*, dont : $\left\{ \begin{array}{l} 1 \text{ datant de 1911.} \\ 1 \text{ — 1919.} \end{array} \right.$

2 résultats *mauvais*, dont : $\left\{ \begin{array}{l} 1 \text{ datant de 1911.} \\ 1 \text{ — 1912.} \end{array} \right.$

Conclusion : 86 % de résultats excellents.

SUITES OPÉRATOIRES IMMÉDIATES

Résultats éloignés : objectifs et subjectifs.

D'après notre enquête personnelle auprès des maîtres de la chirurgie française, à Paris, à Lyon, à Montpellier, à Nancy, à Bordeaux, nous voyons que cette opération est pratiquée ou l'a été par un nombre très restreint de chirurgiens.

En outre, nous avons parcouru, avec soin, la littérature chirurgicale française depuis 1895 : les documents relatifs à cette intervention peuvent être considérés comme infimes vis-à-vis des publications scientifiques qui inondent la presse médicale d'outre-Rhin, d'Autriche, de Suisse, de Belgique, d'Amérique. Si l'on jette, en particulier, les yeux sur la *Zentralblatt für Gynækologie*, cette revue fourmille de discussions relatives au Wertheim-Schauta, de même que les publications américaines.

En France, nous avons trouvé des documents importants, malgré tout, de M. le Professeur POLLOSSON, de M. le Docteur VIOLET, ex-chef de clinique à la clinique gynécologique de la Charité, de MM. les Docteurs MIGUET et PEYRIN, et de M. le Docteur MARTIN.

Nos lectures nous ont appris un fait indiscutable, c'est que le Wertheim-Schauta s'était adressé, dans son pays d'origine, à un nombre considérable de sujets, méritant ou non ce genre de thérapeutique stérilisante.

C'est pourquoi nous n'avons pas tenu grand compte des résultats opératoires des chirurgiens allemands, si ce n'est lorsqu'il s'agissait de malades du même type que les nôtres, c'est-à-dire, avec grosses cystocèles accompagnées de descente plus ou moins marquée de l'utérus.

Suites immédiates. — Dans la majorité des cas, les suites opératoires sont des plus simples, comme l'on a pu s'en rendre compte par la relation des observations qui précèdent. Les malades quittent l'hôpital 15 à 20 jours après l'opération.

La complication que l'on note habituellement se traduit par une rétention d'urine avec légère cystite. Quelques cathétérismes vésicaux soigneusement pratiqués, avec lavage consécutif de la vessie au nitrate d'argent à 1 p. 1000, à la glycérine boriquée à 5 p. 1000, auront rapidement raison de ce phénomène. D'ailleurs, la rétention d'urine post-opératoire n'est pas un incident particulier à l'intervention que nous décrivons : il suit nombre d'opérations même bénignes pratiquées au niveau de l'abdomen inférieur et du bassin.

Un autre incident qui pourrait être considéré comme plus sérieux est l'incontinence d'urine qui figure parfois dans la période post-opératoire. Ce symptôme alarmant pour l'avenir régresse rapidement.

Comme complication intéressant la technique opératoire, nous pourrions relever la constitution d'un hématome de la loge vésico-vaginale : indication de bien vérifier les zones cruentées, avant de clore et de lier tout ce qui saigne.

En outre, s'assurer qu'il n'existe pas d'espace mort. Un point de technique particulier pourra remédier à cet ennui. L'utérus étant placé dans sa loge, les points supérieurs seront placés à peu de distance des bords de la muqueuse vaginale, tandis qu'au niveau de l'isthme, il sera bon de saisir dans les fils une zone plus étendue de tissu vaginal, ce qui aura pour effet de supprimer tout vide inter-vésico-utérin, sur les faces latérales et en avant de l'isthme. Nous aurons constitué ainsi un véritable corset de soutien, solidement adapté et fermé de toutes parts.

La suppuration sera évitée par la connaissance de ces points de détail, et partant, toutes les conséquences inhérentes à cette complication qui peut mettre en danger la vie de l'opérée. C'est ainsi que DÖDERLEIN cite deux cas de suites opératoires fébriles, mortelles, avec gangrène. Or, si l'on vérifie ces cas très particuliers, nous trouvons (*Ark. f. Gyn.*) que les deux décès sont imputables à la formation d'un hématome — (probablement suppuré) — de l'espace néo-formé entre la vessie et l'utérus (LICHTENSTEIN).

Pour notre part, nous ne relevons aucun décès dû à l'opération, à la clinique gynécologique de M. le Professeur POLLOSSON, pas plus que dans les statistiques fournies par ses assistants, en clientèle privée (D^r VIOLET, D^r PELLANDA). Les résultats immédiats ont été le plus souvent parfaits : c'est ce que toute intervention pour prolapsus doit rigoureusement comporter.

Car, le prolapsus n'est pas une affection nécessairement chirurgicale. Le plus souvent, le pessaire sera suffisant pour amener un soulagement temporaire. C'est

encore de cette façon, qu'à la clinique sont traités la plupart des prolapsus qui ne sont pas considérés comme devenus chirurgicaux. Nous réservons ce manuel opératoire particulier aux prolapsus irréductibles, portant sur la vessie avec ou sans descente utérine. En ce cas, le pessaire n'est plus de mise, parce qu'il n'est plus capable de soutenir les tissus et les organes prolapsés.

Pas de suites relevées du côté intestinal ou péritonéal.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

Nous apportons dans notre travail le résultat de trente opérations de Wertheim-Schauta, pour la plupart inédites, recueillies à Lyon auprès de M. le Professeur Aug. POLLOSSON et de ses assistants.

Toutes ces malades ont été convoquées. Beaucoup se sont rendues à notre consultation de la Charité. D'autres nous ont écrit. D'autres, enfin, sont mortes d'affections intercurrentes : nous sommes allé chercher nos renseignements dans la famille de l'opérée.

Or nous relevons deux récidives et une incontinence d'urine persistante.

Au point de vue subjectif et général, la lecture de nos observations rendra compte de la satisfaction complète et spontanément annoncée par nos malades. Et cette donnée cadre bien avec l'état général satisfaisant dans lequel elles se présentent à nous. D'autre part, les malaises anciens ont disparu, ainsi que la sensation de pesanteur. Les troubles urinaires et les douleurs accusées auparavant ne sont plus signalées.

Etat local. — L'examen de la région, par toucher et

palper abdominal combinés, dans les formes de bonne tenue physiologique, mais pratiqué même par un gynécologue non averti, fait souvent donner la réponse suivante : « La malade a subi une hystérectomie sub-totale. » La confusion, en effet, serait facile à une exploration rapide.

L'exploration vagino-abdominale méthodique permet de sentir dans le paroi vésico-vaginale un corps résistant, le corps de l'utérus. Chez presque toutes nos malades, l'atrophie utérine consécutive à l'opération, a été constatée. Il est exceptionnel de retrouver l'organe avec ses dimensions primitives. Le col reporté en arrière, dans le cul-de-sac postérieur, n'a pas subi de phénomène hypertrophique, ni d'allongement. Les doigts agissant comme levier contre sa face inférieure (anciennement antérieure) le déplacent d'une façon modérée, et à frottements doux contre la muqueuse vaginale.

Le vagin a conservé ses dimensions normales ou à peu près. On observe du côté des parois vaginales une certaine tension, déplissement dû à la bascule de l'utérus. Le conduit vaginal conserve une perméabilité correcte aux rapports sexuels.

Du côté vésical, nous ne notons rien de particulier : la direction normale de l'urèthre est conservée.

Dans les formes dont l'évolution s'est modifiée, où nous retrouvons une légère uréthro-cystocèle, si l'on se reporte à l'examen précédant l'intervention, nous voyons qu'il s'agissait de vrais effondrements génitaux anciens avec tissus sans résistance : dans ces cas le pessaire viendra suffisamment corriger ces défauts pour rendre la vie amplement supportable.

Parmi nos opérées, les récidives graves n'ont jamais été observées.

Au contraire, en Allemagne, un certain nombre de cas de récidives ont été publiés. Nous en examinons les causes dans le chapitre suivant, auxquelles nous relions les complications dues à l'évolution du cancer.

CAUSES DES RÉCIDIVES DANS LES PROLAPSUS

ET

COMPLICATIONS DUES AU CANCER UTÉRIN

a) CAUSES DES RÉCIDIVES

C'est en Allemagne et en Autriche que les récidives les plus sérieuses ont été relevées. LATZKO, WAGNER, LÖWIT, CRATZ, WERTHEIM, SCHAUTA, en ont observées, et ce dernier, au cours d'une discussion à la Société de Gynécologie de Vienne, les a rendues imputables à plusieurs considérations anatomo - pathologiques, savoir :

1° Le relâchement considérable des plans périméaux ;

2° L'absence de raccourcissement des ligaments utéro-sacrés ;

3° La fixation trop basse de l'utérus.

Nous avons vu, au cours de notre travail, que les indications envisagées à la clinique gynécologique de M. le Professeur POLLOSSON étaient très précises : cystocèle pouvant occasionner un déroulement de la paroi vaginale antérieure et prolapsus utérin concomittant plus ou moins marqué. Or, la chirurgie allemande semble s'adresser à tous les prolapsus, même avec plans musculo-aponévrotiques inexistants, là où nous envisageons, en France, soit l'hystéropexie, soit l'hystérectomie vaginale ou abdominale, avec ou sans

complément vagino-périnéal. C'est certainement au non-discernement des formes pathologiques des prolapsus que les échecs sont dus.

Nous pouvons envisager les récurrences sous trois formes :

1° *Si le fond utérin est en avant.* — Explorer le périnée et les ligaments utéro-sacrés. Nous y trouverons des modifications importantes dues à la restauration insuffisante de celui-ci ou au défaut de raccourcissement de ceux-là. La question a été discutée à Vienne par nombre d'auteurs, et tous sont d'accord à ce sujet. Un périnée bien traité ne s'effondre pas. S'il s'effondre, c'est que l'on n'a pas suturé les releveurs, ou qu'il y a eu suppuration : les fils ont lâché.

2° *Si le col vient en avant.* — L'examen montre que l'utérus a subi un mouvement de bascule inverse : la vessie non soutenue reprend sa descente par son propre poids, aidé de la pression abdominale, et la cystocèle se reproduit.

Il s'agit assurément de déficience du côté des fils de ligature qui, tirillés par un utérus trop gros, n'ont pas permis d'assurer définitivement la soudure vésico-vaginale. D'ailleurs ce cas est rare.

3° *La cystocèle récidive en avant et sur les côtés.* — La cause peut en être à l'atrophie de l'utérus. Le remède pratique consiste en sa réduction par le pessaire qui ne supprimera pas complètement, il est vrai, les divers malaises inhérents à ce processus, mais qui sera néanmoins suffisant pour permettre à la malade de continuer son travail sans trop de fatigue.

La lésion est-elle plus sérieuse : c'est l'hystérectomie qui s'impose, mais rendue plus difficile par suite du changement des rapports qu'a engendrés la première intervention.

Il est possible de pronostiquer cette complication par la cystoscopie. L'image donnée par le miroir révèle-t-elle la présence de monts et de vallées d'une certaine profondeur, de diverticules creusés dans la muqueuse vésicale, on peut être certain que dans ce phénomène réside l'amorce de la cystocèle future.

b) COMPLICATIONS DUES AU CANCER

C'est le reproche le plus sérieux que l'on puisse nous faire. Un utérus basculé, abritant une lésion néoplasique, ne sera pas un organe commode à extraire, par suite d'une part des connexions intimes qu'il a pu réaliser avec la vessie et le vagin, et d'autre part, en raison des fusées cancéreuses qui ont pu se propager aux tissus du voisinage.

Cette crainte bien fondée, d'ailleurs, montre que si l'on est en droit de soupçonner une dégénérescence néoplasique, la prudence conseille, avant l'intervention, de vérifier le corps de l'utérus. Pour cela, on pratiquera sous anesthésie une exploration digitale intra-utérine, après dilatation à la laminaire et aux bougies d'Hégar, suivant la méthode préconisée par M. le Professeur A. POLLOSSON,

CONCLUSIONS

I. — Le prolapsus génital n'est pas un : il revêt des formes multiples, cliniques et anatomiques. Chaque variété réclame une thérapeutique appropriée. L'opération de WERTHEIM-SCHAUTA s'adresse à certaines d'entre elles.

II. — On peut la définir simplement : c'est l' « interposition vésico-vaginale » ou inclusion inter-vésico-vaginale de l'utérus.

III. — Elle a pour but d'offrir à la vessie une pièce de soutien par l'intermédiaire de la face postérieure de l'utérus basculé, fixé dans une loge vésico-vaginale artificiellement créée, et de soutenir l'utérus lui-même par la reconstitution solide du plancher pelvien.

IV. — Sa technique bien réglée est simple, rapide et bénigne. Elle est moins grave que l'hystéropexie abdominale, dont la réussite est aléatoire chez les femmes en instance de ménopause, en raison de l'adiposité fréquente de la paroi abdominale, moins traumatisante que l'hystérectomie vaginale qui comporte malgré tout plus d'insécurité et ne peut rien contre certaines formes de prolapsus avec cystocèle prédominante. Elle donne de meilleurs résultats que les manœuvres opératoires portant uniquement sur le plancher pelvien.

V. — Ses indications sont précises :

1° Chez les jeunes femmes, capables d'être fécondées, les interventions conservatrices avec restaurations pelviennes conservent tous leurs droits.

2° Si le prolapsus intéresse davantage l'organe utérin, c'est l'hystérectomie ou l'hystéropexie abdominale, accompagnées de la reconstitution minutieuse du plancher pelvien qui s'imposent. *

3° L'opération de WERTHEIM-SCHAUTA ne doit s'adresser qu'aux grosses cystocèles avec peu ou pas de prolapsus utérin, chez des femmes âgées, dont les règles sont suspendues, ou sur le point de l'être.

VI. — Cette condition posée, les récides de l'opération ne sont pas nulles, mais infimes. Elles doivent être attribuées le plus souvent à l'insuffisante restauration du plancher périnéal.

Le Président de la Thèse,
AUG. POLLOSSON.

Vu : *Le Doyen,*
L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 24 février 1920.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université.
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- J. ABADIE (d'Oran). — Du traitement des prolapsus génitaux. *Arch. mens. d'Obs. et Gyn. Déc. 1912.*
- De la bascule antérieure de l'utérus avec suture des ligaments ronds aux releveurs de l'anus dans le trait. des prolapsus génitaux. *Comm. à l'Ass. fr. Chir., oct. 1913.*
- ANDRÉ MAURICE. — Du traitement du prolapsus utérin par l'opération de Lefort. *Thèse Paris, 1888-89.*
- AUTEFAGE. — Thérapeutique des grands prolapsus. *Arch. prov. Chir. Paris, 1910.*
- BONNET. — Technique de l'opération d'Alexander. *Sem. Gyn., 1896.*
- BORDIER. — Supériorité des opérations sur le vagin et d'une nouv. opér., en partic. dans le prolapsus utérin. *Thèse. Bordeaux, 1893-1894.*
- BOYER. — L'opération de Doyen dans le prolapsus utérin. *Thèse Montpellier, 1909.*
- BRÜSE. — Die Resultate des Prolapsoperationen mit interpositio uteri-vesico-vaginalis. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn., 1910.*
- Prolapsoperationen. *Zentralblatt, 1910.*
- BUCURA. — Über die plastische Verwendung des in Schiede gestützten Uterus bei Prolapsen. *Zeitch. f. Geb. u. Gyn., Bd XIV. S. 422.*
- COE. — American Journal of Obst. and Gyn., 1890.
- CHRISTIDES. — Die Radikalkur des totalen Prolapsus durch die Freund-Wertheim-Schauta'sche Operation (Gyn. Helvetica). *Zentralblatt f. Gyn., 1910. S. 1277.*
- DELANGLADE. — Annales de Gyn. et d'Obs., juin 1907. *Zentralblatt f. Gyn., 1909 : Diskussion über Schauta'schen Oper. und Result.*
- DELBET. — Traité de Chirurgie.
- DEMAIN. — De la paramétrite récidivante associée au prolapsus utéro-vaginal. *Thèse Paris, 1903.*

- DEPAGE. — Technique de la cure radicale du prolap. complet.
J. Chir. Belge, 1911.
- DÖDERLEIN. — Operative Gynäkologie. Leipzig, 05. S. 263.
- DOLÉRIS. — Nouvelles Archives d'Obs. et de Gyn., 1889, 25 février.
- DUVERGEY (Bordeaux). — Nouveau procédé de cure radicale des prolapsus génitaux. *Presse Médicale*, 1906, 29 décembre.
- FAURE (J.-L.) et SIREDEY. — Traité médico-chirurgical de Gynécologie, 1914.
- FREUND (H.-W.). — Über moderne Prolapsoperationen. *Zentralblatt f. Gyn.*, 1901. S. 44.
- FREUND (W.-A.). — Naturforscherversammlung. *Frankfurt, Zentralblatt f. Gyn.*, 1896.
- FREUND (Strasbourg). — Über Genitapprolapse und ihre Behandlung. *Zentralbl.*, 1910.
- FRISTSCH (H.). — Prolapsoperation. *Zentralblatt f. Gyn.*, 1900.
- FÜSCHS (H.). — Über eine neue Method der Cervix Verküzung mit Echaltung der Vaginale Portion. *Hegar Beitr. Bd III.*
- GOULLIoud. — Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, 1894.
- HEIDENHAIN. — Über eine neue Prolapsoperation. *Ark. f. Gyn.*, 1909.
- HITELSON. — L'opération de Wertheim-Schauta. *Journal de Chir.*, 1912, p. 520.
- JOLLY. — Demonstration einer Kranken mit Prolapsoperation. *Gesell f. Geb. u. Gyn. zu Berlin*, 1908.
- JOYEUX. — Du traitement des prolapsus par l'hystéropexie *Thèse Lyon*, 1894.
- KAASBERG. — (Kopenhagen). — Über die Behandlung des Prolapsus des Collum uteri und der Fossa Douglasii. *Zentralbl. f. Gyn.*, 09. — 1533.
- KRÖNIG. — Operative Gynäkologie, 05.
- LABADIE-LEGUEU-LAGRAVE. — Traité médico-chirurgical de Gynécologie, 1914.
- LAROYENNE. — Traitement du prolapsus génital par suspension de l'utérus et de la vessie à la paroi abdominale. *Congrès intern. Gyn.*, Paris, 1900.
- LATZKO. — Zur interpositio uteri-vesico-vaginalis. *Zentralbl. f. Gyn.*, 1910.
- LEFORT. — Bulletin de thérapeutique, 1897.

- LEJARS. — Leçons de chirurgie, 1895.
- LICHTENSTEIN. — Technisches z. Schauta'schens Prolapsoperation. *Zentralbl. f. Gyn.*, n° 26, 1909. *Ark. f. Gyn.*, Bd LXXXVIII, 1910.
- LOISON. — Traitement des rétentions d'urine post-opératoires. *Rev. intern. de Méd. et de Chir.*, sept. 1918.
- MARION. — Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, 1909.
- MARTIN. — Utilisation plastique de l'utérus dans la cure des prolapsus génitaux. *Revue de Chirurgie*, 1908.
- MAYO. — Prolapsus utérin. *The Journal of the American Med. Assoc. Chicago*, 1912.
- MIGUET. — Thérapeutique des prolapsus utérins. *Thèse Lyon*, 1907.
- MULLER (P.). — Prolapsoperation nach Wertheim. *Correspond. Blatt. f. Schweiz. Ärzte*, 1903.
- PAUCHET (V.). — Traitement chirurgical du prolapsus de l'utérus et des parois vaginales. *Cliniq. Paris*, 1903, p. 439.
- Lettre personnelle, février 1920.
- PEYRIN. — Opération de Schauta-Wertheim dans les prolapsus génitaux. *Thèse Lyon*, 1912.
- PETRI (S.-T.) (München). — Zur interpositio uteri-vesico-vaginalis. *Zentralbl. f. Gyn.*, 1909, n° 16. S. 577.
- PICHEVIN. — Traitement du prolapsus utérin par le procédé de Wertheim. *Sem. Gyn.*, 1906, p. 345.
- POLLOSSON. — Revue de Gynécologie, 1905. *Lyon Médical*, 1906.
- POTHERAT. — Prolapsus de l'utérus. *Rev. int. Méd. et Chir. Paris*, 1913, p. 183.
- POZZI. — Traité de Gynécologie clinique et opératoire.
- PRADEL. — La réfection du périnée et de la paroi postérieure du vagin dans les prolapsus génitaux. *Thèse Bordeaux*, 1903.
- SHARPERCHACK. — Zur Statistik des Prolapsoperationen. *Zentralbl. f. Gyn.*, 1904.
- SCHAUTA. — Die operation schwerer Formen v. Gebärmutterschidenworfull. *Chrobach Festschrift wien*. Analyse in *Zentralbl. f. Gyn.*, 1913.
- Communication au Congrès de Saint-Petersbourg. *Presse Méd.*, 1910, p. 771.

- Lehrbuch der Gesamten Gynäkologie (Frauenkrankheiten), p. 141.
- SCHMIAT. — Bericht über die in der Klinik Schauta ausgeführten peritonealen Prolapsoperationen mit besonderen Berücksichtigung der dauer resultat. *Zentralbl. f. Gynäk.*, 1900.
- STAPPER. — Kinésithérapie gynécologique, 1897.
- STOEKEL. — Über die Wertheim-Schauta'sche Prolapsoperationen. *Ark. f. Gyn.*, 1910.
- STRATZ. — Über Prolapsoperationen. *Wiederländische Gyn. Gesell.*, 1909.
- THEMOLIÈRES. — Province Médicale, 1909, n° 26.
- THOMSON (G.-J.). — Zur Therapie des Gebärmütt. u. Scheidenvorfalles. *Zentralbl. f. Gyn.*, 1909.
- TIKANADSE. — Zur Frage über die chirurgische Behandlung der Gebärmütter und scheidenvorfälle mit der Method v. Wertheim-Schauta. *Zentralblatt f. Gyn.*, 1910.
- TIREL. — Considérations sur le trait. chirurg. du prolapsus en général, et sur le procédé de Wertheim en particulier. *Thèse Paris*, 1905.
- TRÉLAT. — Clinique chirurgicale, 1891. Article prolapsus.
- VIOLET (H.). — *Lyon Chirurgical*, 1909 : Les hernies dans la constitution des prolapsus.
- *Revue de Gynécologie*, 1909 : L'utilisation plastique de l'utérus par inclusion vésico-vaginale dans le trait. des prolapsus génitaux.
- *Annales de Gynécologie*, 1910 : Communication au Congrès de Toulouse.
- *Annales de Gynécologie*, 1910 : Cure de la cystocèle vaginale.
- *Lyon Médical*, 1911 : L'opération de Wertheim-Schauta dans la cure des prolapsus génitaux.
- VIOLET et BONNET. — Contribution à l'anatomie pathologique de la cystocèle vaginale. *Annales de Gyn. et d'Obst.*, 1910.
- WERTHEIM. — Zur plastischen verwendung des Uterus prolapsen. *Zentralbl. f. Gyn.*, 1899, 1911.

TABLE DES MATIÈRES

Coup d'œil rapide sur la chirurgie des prolapsus génitaux jusqu'en 1896.....	9
ORIGINES DE L'OPÉRATION DE FREUND-WERTHEIM-SCHAUTA ..	9
INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS.....	13
A) Age	14
B) Formes du prolapsus et de ses associations	16
1° Cystocèle haute avec hypertrophie du col utérin, sans prolapsus utérin	18
2° Cystocèle volumineuse avec utérus normal ou rétro-fléchi, non abaissé	18
3° Prolapsus utérin avec cystocèle.....	18
4° Prolapsus utérin sans effondrement du plancher vésical.....	19
C) Volume de l'utérus. Son degré de réductibilité. Ses attaches	19
D) Etat des parties molles du plancher périnéal.....	22
OPÉRATION DE WERTHEIM-SCHAUTA.	
Soins préliminaires.....	23
Soins pré-opératoires. — Anesthésie.....	24
Technique opératoire (6 figures).....	26
Complications possibles au cours de l'intervention	29
Corps utérin trop volumineux.....	29
Corps utérin trop petit.....	29
Col hypertrophié.....	30
Elytrocèle postérieure	31
Soins post-opératoires	31
OBSERVATIONS (de I à XXX).....	33
SUITES OPÉRATOIRES.....	49
Suites immédiates.....	50
Résultats éloignés.....	52
Etats objectif et général	52
Etat local.....	52

CAUSES DES RÉCIDIVES.....	55
1° Si le fond utérin est en avant.....	56
2° Si le col est en avant.....	56
3° Si la cystocèle récidive en avant et sur les côtés...	56
COMPLICATIONS DUES AU CANCER.....	57
Conclusions.....	58
Index bibliographique.....	60

